

過去平均労賃の75%を受けていて、それに対応する拠出をしていたものと認めて、年金額を測定する。この規定は多数の年金受給者、とくに婦人の場合、非常に有利となる。例えば25年間強制拠出をした者は、1973年には月額最低 281 マルクを受け、35年だと 394 マルク、40年では 450 マルクとなるわけである。これは遡って1972年7月1日から施行され、9.5%上がることになる。

現在の受給者はこれについて申請の要はなく、自動的に実施されるが、勿論このためには非常な事務的処置を要する。しかし1957年の年金改革以前に初めて年金が確定している者については、コンピューターに入れられており、業務は極めて単純化されている。

改革への批判

今回の改革についてはその背後に選挙政策的な色合いの強いことが批判されている。従来も政府の財政見通しについて批判があり、とりわけ可動的老齡限度制が高価なものにつくことに警告が發せられていたが、現在これに加えて、野党側は年金調整の時期の短縮が

一層高価な改革となると政府を攻撃している。さまざまな新聞も「最も高価な選挙みやげ」と言っているのである。

一般の印象も、この年金保険の数十億にのぼる年々の財政負担はインフレが間断なく進行し、不況が到来しない場合にのみ、克服できるというものである。最近ケルン産業研究所が「インフレの上に築かれた」と批評しているが、この意見は産業界だけのものではないのである。労相 Arendt とキリスト教民主同盟(CDU)左派領袖 Katzer は共にこの批判のほこ先である。

既に多くの人々が年金保険の拠出の新たな増額と国の給付の大きさについて語っている。たしかに過去に社会保険のこの部門の財政についての悲観論は何とか駆逐されてはきた。しかしそれも貨幣価値の悪化によるもので、それがこの問題をそれなりに「解決」してきたのである。選挙前にここからより良い結論をひき出すことは、明らかに不可能である。

Frankfurter Allgemeine Zeitung,
28 September, 1972.
Neue Züricher Zeitung, 17 October,
1972.

(安積鋭二 国立国会図書館)

社会保障こぼれ話

医療給付の実施

(フィリピン)

フィリピンでは、1954年の社会保障法により、疾病時に現金給付が支給されていたが、医療給付は支給されていなかった。もっとも、1965年には法律 (Prillippine Medical Care Act) が制定されていたが、これは実施されていなかった。このような状況に対して、医療給付の実施を求める圧力は強く、この給付の実施は政府にとっても重要な懸案となっていた。長年にわたる市民の要求により、1972年1月1日から、上述した法律による医療給付の一部が実施され、1974年には全面的な実施が行なわれることになった。

1972年からの実施により、従来社会保障制度と公務員保険制度で強制的にカバーされていた者は、すべて自動的に医療給付の法律でカバーされる。つまり、農業労働者、屋内サービス労働者、臨時雇用の労働者、就労中の学生を除き、民間部門と公共部門の賃金労働者が適用対象に含まれ、これらの適用は経済活動人口の23.5%に相当する。

給付の受給には、給付を受ける直前12カ月に3カ月の拠出が要求され、特殊な処置に(19頁へつづく)

8%, 不明3%で、白人が圧倒的に多い。またアメリカを北東部、中央北部、南部、西部に分けると、適用者の増加率は南部と西部で特に高く、その他の地方から老人が移住していることがわかる。

補足的医療保険の制度は発足以来若干の改定がなされてきた。1968年以降加入方法が改められ容易になった。65歳に達した月をはさむ前後各3か月計7か月の間（第一次加入期間）に登録することができなかった場合には、一般加入期間（毎年1月から3月まで）に登録をすませればよいことになった。また公的扶助受給者の補足的医療保険への加入を促進するため、その州が彼らの保険料を支払う制度は、1968年以降拡張され強化された。

これらの改定は補助的医療保険加入者の増加に寄与するものであった。これに対し逆の効果を持つものとして、保険料の値上げがある。それは1966年の月額3ドルから、1968年の4ドル、1970年の5.30ドルへと引き上げられた。また第一次加入期間に加入せず、その後の一般加入期間に加入する者に対しては、一定の期間割増保険料が課せられること

になった。

こうした経過をたどりながらも、補足的医療保険の加入者は1966年の1,774万人から1970年の1,958万人へと増加した。病院保険の適用者のうちで補足的医療保険にも加入している者の割合は、1966年には93.8%であったが、1970年には97.2%に増加している。またこの割合を人種別にみると、1970年では、白人の場合は97.6%、その他の人種では93.1%となってお、補足的医療保険への加入率は白人の方が高くなっている。

Martin Ruther, Health Insurance for the Aged: Persons Insured, Mid-1966 to Mid-1970, *Social Security Bulletin*, Vol. 35, No. 9, Sept. 1972, pp. 12-19.

(一圓光弥 健保連)

(13頁からつづく)

は、より長い拠出が必要とされている。給付は内科の診療、外科の診療や手術、精神科の診療、通常の産科サービス、歯科医療、病院医療、検査などを含んでいる。所定の料金表にもとづき、医療費は保険者から医療機関に直接に支払われる。

制度の財源は労使折半方式で調達され、拠出率はそれぞれ1.25%である。拠出については、賃金は6等級に分けられ、最高は月額300ペソである。ちなみに、社会保障法による最高は500ペソで、また、現在の平均賃金は225ペソといわれている。制度の管理・運営は委員会方式で行なわれ、委員会には、医療担当者が参加している。

Phillippine Medical Care Act, *Social Security Bulletin*, Vol. 35, No. 9, Sept. 1972, pp. 21-22, 25.

(平石長久 社会保障研究所)